様式第1号

養育医療給付申請書							
本 人	ふりがな 氏名		性別	男・女	生年月日	令和 年 月 日	
	住所 地 <small>(住民票所在地)</small>	郵便番号 幌泉郡えりも町字			個人 番号	- -	
	現在 地 <small>(住所地と異なる場合)</small>	郵便番号					
扶 養 義 務 者	ふりがな 氏名			本人と の続柄			
	居 住 地	郵便番号 幌泉郡えりも町字					
	電 話 番 号			個人番号	- -		
医療保険各法の 記号及び番号		保険区分	協会けんぽ 健組 国保 共済 生保 その他 ()		記号番号	-	
希望する指定養育医療 機関の名称及び所在地 <small>(所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能)</small>							
備 考							
<p>別紙添付書類を添えて、上記のとおり養育医療の給付を申請します。なお、申請にあたり私及び私の世帯の所得状況について調査することに同意します。</p> <p>申請者住所 郵便番号 (-)</p> <p>申請者氏名 (本人との続柄:)</p> <p>電話番号 (- -)</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>幌泉郡えりも町長 殿</p>							
申請受付年月日		令和 年 月 日			決定年月日		令和 年 月 日

添付書類

- 1 養育医療意見書
- 2 世帯調書
- 3 生活保護受給証明書 (生活保護世帯の場合のみ)
- 4 (1月1日以降に転入された方は) 源泉徴収票、納税証明書、市町村民税課税・非課税証明等の住民税額を証する書類